



**WELL CHILD EXAM - LATE
CHILDHOOD: 8 YEARS**
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ໄວດັກຂຶ້ນປາຍ: 8 ປີ

ຄົນ ຜູ້ ດັກ ຂຶ້ນ ປາຍ	ຊື່ດັກ	ນຳເອົາມາໄດຍ	ວັນເກີດ
	ອາການຜິດ		ປາທີໃຊ້ຢູ່ໃນປະຈຸບັນ
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິຫຼດຂັນຫາ/ສຶກສັງວິນ ນັບແຕ່ນໍາເຫຼືອສຸດທ້າຍ		ມີເນັ້ນຂ້າພະເຈົ້ານີ້ຄໍາຖາມກ່ຽວກັບເຮືອງ:
	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ຂອບກິນເຂົາເຊົາທຸກໆນີ້. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ດັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າກະທຳດີຢູ່ໂຮງຮອນ. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ດັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີໝູ່ໃກ້ຊີດຜູ້ນິ່ງ ຫລື ຫລາຍຄົນ.		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ດັກຂອງຂ້ອຍໄດ້ຜັກຜອນດີເວລາລາວ (ຊາຍ/ຍິງ) ຕື່ນຂຶ້ນ. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ດັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈັດກັນກັບຄວາມຕິ່ງຄຸດ, ຄວາມໃຈຮ້າຍ, ຄວາມກະວິນກະວາຍໄດ້ປ່າງເໝາະສົນ. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ດັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າຮັດກິຈກັນຮ່າງກາຍບາງຢ່າງທຸກໆນີ້.
	WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Sleep _____ <input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Dental Referral <input type="checkbox"/> Hct/Hgb	
Screening: Hearing MHZ R L 4000 _____ 2000 _____ 1000 _____ 500 _____ Vision R 20/_____ L 20/_____ Development N A Behavior N A Social/Emotional N A Mental Health N A			
Physical: General appearance N A Skin N A Head N A Eyes N A Ears N A Nose N A Oropharynx/Teeth N A Neck N A Nodes N A Chest N A Lungs N A Cardiovascular/Pulses N A Abdomen N A Genitalia N A Spine N A Extremities N A Neurologic N A Gait N A			
Describe abnormal findings and comments: <hr/> <hr/> <hr/>			
		IMMUNIZATIONS GIVEN	
		REFERRALS	
NEXT VISIT: 10 YEARS OF AGE		HEALTH PROVIDER NAME	
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS	

DSHS 13-685B LA (REV. 08/2004)

 SEE DICTATION

DISTRIBUTION: White - Physician Yellow - Parent/Guardian

LATE CHILDHOOD: 8 YEARS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Late Childhood (8 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Bed-wetting

Most children who wet the bed overcome the problem between 6-10 years of age. Even without treatment all children eventually get over it. It is important for primary care practitioners to discuss with parents any concerns about their child's incontinence and potential treatment options during the annual exam. Use clinical judgment with treatment.

Hepatitis B Vaccine

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose. Hepatitis B vaccine is required for school entry.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior.

Yes No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | States phone number, home address. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Has close friend(s). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reading and math at grade level. |

Instructions For Developmental Milestones

If you have checked "no" on any two items, refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.



ການກວດດັກໃຫ້ມີສູພາບດີ - ໄວດັກບັນປາຍ: 8 ປີ
WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 8 YEARS
(ຮັດຕາມຄໍາອື່ນນຳ EPSDT)

ວັນທີ

ໄວດັກບັນປາຍ: 8 ປີ

ແຜນ ຜົນ ຜະນະບອບຮຽນ	ຊື່ດັກ	ນໍາເຂົາມາໄດຍ	ວັນເກີດ
	ອາການຜິດ		ປາທີເຊື່ອຢູ່ໃນປະຈຸບັນ
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິເຫດບັນຫາ/ສຶກກັງວິນ ນັບແຕ່ມາເຖີ່ມສຸດທ້າຍ		ມີເນື້ອຂ້າພະເຈົ້າມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບເຮື່ອງ:
	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຂອບກິນເຂົາເຊົາທຸກໆນີ້. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າກະທຳດີຢູ່ໄຮງຮອນ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີໝູ່ໃກ້ຊົດຜູ້ນິ່ງ ຫລື ຫລາຍຄົນ.	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍໄດ້ຜັກຜອນດີເວລາລາວ (ຊາຍ/ຍິງ) ຕື່ນໜີ້ນ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈັກກຳນົມກຳຄວາມຕິດຮູດ,ຄວາມໃຈຮ້າຍ, ຄວາມກະວິນກະວາຍໄດ້ປ່າງເໝາະສົນ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າຮັດກິຈກັນຮ່າງກາຍບາງປ່າງທຸກໆນີ້.	
ນ້ຳໜັກ KG./OZ. ຕໍ່ຮ້ອບ	ສູງ CM/IN. ຕໍ່ຮ້ອບ	ຄວາມດັນເລືອດ	ອາຫານ _____
<input type="checkbox"/> ການທົບທວນເບິ່ງລະບົບ <input type="checkbox"/> ການທົບທວນເບິ່ງປະວັດຄອບຄົວ		ການນອນ _____	
ການກວດ: ການກວດໜູ	MHZ 4000 _____ 2000 _____ 1000 _____ 500 _____	R _____ L _____	<input type="checkbox"/> ຂັນທຶກການທົບທວນເບິ່ງການສັກປາກັນໂຮກ <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> ການສິ່ງໄປປົວແຂວງ <input type="checkbox"/> Hct/Hgb
ການກວດຕາ	R 20/ _____ L 20/ _____ ປົກກະຕິ ບໍ່ປົກກະຕິ		ການສຶກສາສູພາບ: (ໝາຍທຸກປ່າງທີ່ໄດ້ປຶກສາກັນ/ເອົາໃບຂ່າວ້າວ້າມູນຕ່າງໆໃຫ້) <input type="checkbox"/> ທາດອາຫານ <input type="checkbox"/> ການລ້ຽງດັກ <input type="checkbox"/> ການຕັບໃຕ <input type="checkbox"/> ກິຈກຳຮ່າງກາຍເປັນປະຈຳ <input type="checkbox"/> ສາຍຮັດ <input type="checkbox"/> ການຄ່າມວຽກຂ້ານ <input type="checkbox"/> ສູບປາບໍ່ຈິງຈັງ <input type="checkbox"/> ກິດຮະບຽບຍາມນອນ <input type="checkbox"/> ພົກກັນກະທິບ <input type="checkbox"/> ການປົວແຂວງ <input type="checkbox"/> ໂວຊອນບ່າວສາວ <input type="checkbox"/> ອື່ນໜູ: _____
ການຕັບໃຕ			ການປະເມີນ/ແຜນການ: _____ _____
ການປັບປຸງ			
ສັງຄົມ/ອາຄົມ			
ສູພາບຈິດ			
ຮາງກາຍ:	ປົກກະຕິ	ບໍ່ປົກກະຕິ	
ທ້າສນະ ທົ່ວໄປ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ໜ້າອົກ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຜົວໜັງ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ປອດ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຫົວ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ລະບົບທີ່ໃຈກັບຈອນ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຕາ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ຫ້ອງນ້ອຍ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ໝູ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະໄວບະວະສືບຜັນ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ດັງ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ກະດຸກສັນຫລັງ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ບາກຄົ້ມ/ແຂວງ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ຕິນນີ້ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຄໍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ສວນປະສາດສະໝອງ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຂອດໄນ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ການບ່າງ ຫລື ແລ້ນ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ອະທິບາຍສຶກທີ່ພິບວ່າບໍ່ປົກກະຕິ ແລະ ຄວາມເຫັນຕາງໆ:			
ນາພົບເຫຼືອໜ້າ: ອາຍຸ 10 ປີ			ຂຶ້ຜູ້ຢືນປົວສູພາບ
ລາຍເຊັນຜູ້ໃຫ້ການປິດປົວສູພາບ			ບ່ອນຜູ້ຢືນປົວສູພາບ

ສຸຂພາບດ້າກຂອງທ່ານມື້ອໄດ້ 8 ປີ

ປາກົດການຊີວິດ

ວິທີການເຕີບໃຫຍ່ດ້າກຂອງທ່ານລະຫວ່າງອາຍຸ 8 ແລະ 10 ປີ.

ເວົາເຈົ້າຈະສືບຕໍ່ມືແຂ້ວທາວອນ ແລະ ແຂ້ວນ້ຳນິນຂອງເວົາເຈົ້າ ຈະຫຸ້ນ.

ມີມດັກຢັງບາງຄົນຈະເລີ່ມໃຫຍ່ລະຫວ່າງອາຍຸແປດ ແລະ ສີບປີ. ເວົາກັບລາວ (ບີງ) ກ່ຽວກັບການເຕີບໃຫຍ່ຂອງຮ່າງກາຍຂອງລາວ ຕາມທີ່ມັນເລີ່ມຕົກຕື້ນ.

ອາຍຸແປດປີສາມາດແປງບ່ອນນອນເອງໄດ້, ຈັດໄຕະ ແລະ ອາບນ້ຳເອງ.

ທ່ານສາມາດຊ່ວຍດ້າກຂອງທ່ານຮຽນຮູ້ສຶກໃໝ່ໃໝ່ໄດ້ການ
ເວົາ ແລະ ຫລືນໍາລາວ (ບີງ). ເຮັດການຫລືນິຟັກແອບ
ໃຊ້ສັນຍານມີ ຫລື ການເວົາ "ບໍ່" ເວລາຄົນແປກໜ້າ
ສະນີໃຫ້ວິຊົດນຳ.

ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫລື ຂໍ້ມູນເຝື່ນເຕີມ.

ສຸຂພາບ ແລະ ການພ້າທານາການດັກ: ສາຍສຳລັບຂໍ້ມູນ
ແລະ ການສຶກຕໍ່ໃຫ້ແນ່ມີສຸຂພາບສົມບູນ, ໃຫ້ດ້າກສົມບູນ
1-800-322-2588.

ຄວາມປອດໄພສາຍຮັດບ່ອນນິ່ງຮົດ: ຮ່ວມກັນບັນຍັງຄວາມ
ປອດໄພ, 1-800-BUCK-L-UP (ສູງ) ຫລື
1-800-833-6388 (ສາຍຄົນເສັ້ນອົງຄະ TTY)

ຄວາມປອດໄພດ້ານອາວຸດ:

ສາຍການຕັບໄວຢ່າງປອດໄພ,
1-800-LOK-IT-UP (565-4887)

ຄວາມຮູ້ການເປັນຝ່າຍ ຫລື ການສັນບສຸນມ: ສາຍຊ່ວຍ
ເຫຼືອຄອບຄົວ, 1-800-932-HOPE (4673) ແຫ່ງຕ່າງໆ
ດ້ານຄອບຄົວເຂດ ນຳແວ້ສ 1-888-746-9568 ຫ້ອງຮຽນ
ຕາມວິທະຍາໄລທ້ອງຖິ່ນ.

ຄໍາແນະນຳດ້ານສຸຂພາບ

ໃຫ້ປຶກສານນຳທ່ານໝໍຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການກວດຫຼຸ ແລະ ກວດຕາ,
ຫຼັກທາງໄຮງຮນຂອງດ້ານບໍ່ສະເໜີໃຫ້.

ດ້າກຂອງທ່ານຄວນຜັດແຂ້ວດ້ວຍປາກູແຂ້ວມີຫາດ ຝຳໂຣດ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າ
ລາວ (ບີງ) ໄດ້ໄປຫາໝໍແຂ້ວທຸກໆ 6 ເດືອນ. ໃຫ້ຖາມນຳມົ່ງປົວແຂ້ວ
ເບີງວ່າເວລາໃດທ່ານຈຶ່ງຄວນສອນໃຫ້ດ້າກຂອງທ່ານໃຊ້ເຊື້ອກ (ຫລື ເຊື້ອກຖຸລ
ຂ່າຍ່າງແຂ້ວຂອງລາວ).

ຕຽນອາຫານຫວ່າງໄສໃຫ້ດ້າກງົງທີ່ນັກຫລືນບໍ່ເຂົາ. ດ້າກຂອງທ່ານຕ້ອງການ
ມາກໃນ້, ພັກ, ພາກໃນ້ ແລະ ປະເຜດມັດສຳລັບການເຕີບໃຫຍ່
ແລະ ພະລັງ. ນ້ຳອັດລິມ, ຂົນ ແລະ ຂົນ ພະລັງ ຄວນໃຫ້ກິນ
ນຶ່ງທີ່ອຕໍ່ອາຫຼິດ.

ຄໍາແນະນຳການເປັນຝ່າຍ

ດ້າກສ່ວນຫລາຍຈະຮຽນຮູ້ດ້ວຍການເບີງ ແລະ ຈາກນັ້ນກໍການກະທໍາ.
ສະແດງໃຫ້ເບີງ ແລະ ບອກວິທີເຮັດວຽກໃຫ້ລາວ (ບີງ). ຈາກນັ້ນກໍອກ
ໃຫ້ລາວເຮັດໃຫ້ເບີງ. ທຳອິດບອກໃຫ້ລາວ (ບີງ) ຮູ້ສຶກທີ່ລາວເຮັດຖືກຕ້ອງ,
ແລະ ຈາກນັ້ນກໍບອກໃຫ້ລາວ (ບີງ) ຮູ້ສຶກທີ່ລາວຕ້ອງໄດ້ເຮັດແບບໃໝ່.

ໃນອາຍຸນີ້ດ້າກສ່ວນຫລາຍນັກຈະບໍ່ສາມາດຕັ້ງໃຈໄດ້ຫລາຍກວ່າ 15 ນາທີ.
ວຽກເຮືອນ ແລະ ພິດຮຽນຈະຕ້ອງສັນ. ເວົາເຈົ້າຈະຕ້ອງໄດ້ຈົດຈຳຫລາຍໆ
ປ່າງກ່ຽວກັບວິທີເຮັດວຽກ ແລະ ການຂ້ອງບໍ່ຫລາຍໆ.

ແປດປີເປັນເວລາເໝາະສົມ ເຝື່ອເລີ່ມວຽກທີ່ນັກເຮັດ. ຊ່ວຍດ້າກຂອງທ່ານ
ພິບກັບກິຈຈຳທີ່ລາວ (ບີງ) ອາດເຮັດໄດ້ດີ. ການອ່ານສາມາດເປັນວິທີນີ້ງ
ເຝື່ອໃຫ້ໄດ້ພິບວຽກທີ່ນັກເຮັດ.

ຄໍາແນະນຳດ້ານຄວາມປອດໄພ

ແອບຍ່າງ ແລະ ຂົດຖືບໍ່ແບບປອດໄພກັບດ້າກຂອງທ່ານໃຫ້ລາວ (ບີງ)
ສອນວິທີລະວົງຮົດ ແລະ ຂ້າມທາງທີ່ມີໄຟໃຫ້ຜ່ານ.

ເຖິງວ່າດ້າກຈະຮູ້ຈັກລອບນ້ຳກໍຕາມ ການຢູ່ນ້ຳຜູ້ດຽວແມ່ນບໍ່ປອດໄພ.
ປ່າປ່ອບໃຫ້ດ້າກຂອງທ່ານຫລືນໍາກະແຜນ້າ, ແມ່ນ້ຳ, ໝອງ, ຄອງນ້ຳ,
ຮ່ອງນ້ຳເວັ້ນແຕ່ມີຜູ້ໃຫຍ່ເບີງນຳ.

ລາວ (ບີງ) ຄວນຮຽນໃຊ້ມີສັນຍານຂອກເວລາຂົງຮົດຖືບໍ່. ເມື່ອໄດ້ເກົ້າປີ.
ລາວ (ບີງ) ຜ້ອມທີ່ຈະຂີ່ງຕໍ່ຕາມຖົນ ແລະ ຂ້າມຖົນຜູ້ດຽວ.

ກົດງ່າຍໆເຝື່ອບໍ່ກັນດ້າກຂອງທ່ານຈາກບັນຫາອັນຕຣາຍທັງປວງແມ່ນ:
"ໃຫ້ເວົາໃຫ້ຝ່າຍ່ອງຈົ້າ ຫລື ຜູ້ໃຫຍ່ອື່ນໆຝ້າສົມເວລາຜູ້ໄດ້ຜູ້ນີ້ບອກ
ບໍ່ໃຫ້ເວົາເວົາ ຫລື ຮັກສາເປັນຄວາມລັບ."